



Grippe-Impfung: Aus Kostengründen gerieten Leben in Gefahr

Bericht: Fabian Mader, Ann-Kathrin Wetter

Autohändler Ferat Avci – seit zwei Wochen kann er endlich wieder arbeiten – zuvor lag er drei Wochen lang mit Grippe im Bett. Als Selbstständiger ein finanzielles Risiko.

„Dieses Jahr war richtig hartnäckig. Da konnte man überhaupt nicht stehen bleiben. Dieses Jahr war extrem, wie ich es dieses Jahr gehabt habe, noch nie gehabt.“

Dabei hatte er sich extra impfen lassen. Praktisch ohne Wirkung. Mehrere solcher Fälle hatte dieses Jahr Allgemeinmediziner Klaus Lorenzen aus Langebrück in Sachsen. Der Grund liegt für ihn auf der Hand: Gesetzlich Versicherten durfte er meist nur einen günstigen, aber weniger wirksamen Impfstoff geben.

Klaus Lorenz, Allgemeinmediziner

„Das regt mich schon auf. Da bin ich nicht einverstanden mit der Situation. Zumal ich ja beweisen kann, dass der Dreifach-Impfstoff nicht so wirksam ist wie der Vierfachimpfstoff.“

Grippe hat verschiedene Typen. Privatpatienten bekommen deshalb einen Impfstoff gegen die vier wichtigsten Varianten. Aber gesetzliche Krankenkassen erstatten in der Regel nur Impfstoff gegen drei Varianten. Der ist rund drei Euro billiger. Aber ausgerechnet diese fehlende Viruslinie war im Winter für zwei Drittel aller Erkrankungen verantwortlich. Zwei Patienten von Klaus Lorenzen wurden krank und sind wochenlang ausgefallen – obwohl er sie geimpft hatte.

„Das ist der Laborbericht des Patienten, den ich im Dezember dreifach geimpft habe.“

Das Test-Ergebnis: Positiv. Und zwar für genau die Viruslinie, die im Dreifach-Impfstoff nicht enthalten war.

Klaus Lorenz, Allgemeinmediziner

„Damit habe ich mich sehr geärgert, über die Entscheidung, dass ich möglichst nur den Dreifach-Impfstoff verwenden muss. Alles andere ist bei Strafe verboten.“

Denn: Die Kassen können Geld von ihm zurückfordern, wenn er zu häufig den Vierfach-Impfstoff einsetzt. Was steckt dahinter?

Hinweis: Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt und darf nur für den privaten Gebrauch des Empfängers verwendet werden. Jede Verwertung ohne Zustimmung des Urheberberechtigten ist unzulässig.



Grundlage dafür, dass die Kassen einen Impfstoff erstatten, ist die Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Wir durchsuchen Sitzungsprotokolle. Und finden heraus: Schon im März 2017 gab es Berechnungen über 395.000 Fälle, die der Vierfach-Impfstoff verhindern könnte. Theoretisch wäre es zu diesem Zeitpunkt noch möglich, den Vierfach-Impfstoff zu empfehlen und womöglich Grippetote zu verhindern. Aber: Allein kann die Ständige Impfkommission überhaupt nichts entscheiden. Sie fragt zahlreiche Behörden und Verbände an. Und die bremsen die Entscheidung aus - über Monate. Es entstünden "Hohe Kosten", der "zusätzliche Nutzen sei nicht quantifizierbar".

Die Ständige Impfkommission verweist jetzt auf die Qualität dieses Verfahrens. Sie schreibt uns, das System sehe nun einmal „die Beteiligung der Fachkreise zwingend vor, um diesen Kommentare zu einer geplanten Empfehlung zu ermöglichen.“

Wir fragen nach beim AOK-Bundesverband – denn auch Krankenkassenvertreter reden über eines der Gremien mit.

Reporter: Haben die Krankenkassen in irgendeiner Weise versucht, die Empfehlung für den Vierfach-Impfstoff hinauszuzögern, um ihre Vorteile nicht zu gefährden?

Antwort AOK: Davon weiß ich nichts.

Dietmar Beier ist für Impfeempfehlungen im Freistaat Sachsen zuständig – und kämpft seit Jahren für den Vierfach-Impfstoff. Das Zögern im Bund hat seiner Meinung nach das Leben vieler Menschen in Gefahr gebracht.

Dietmar Beier, Vorsitzender Sächsische Impfkommission

„So kann man das nicht machen. Wenn ich den bestmöglichen medizinischen Schutz gewähren will, dann muss ich selbstverständlich mich an solche Daten halten, und mit nicht großer Verzögerung reagieren. Und darf nicht nur auf die Kosten schauen.“

Erst im Januar 2018 empfiehlt die Ständige Impfkommission offiziell den vierfachen Impfstoff. Allerdings ist da die Grippezeit schon fast vorbei.

„Das kann ich als Patient nicht nur schwer, sondern überhaupt nicht ertragen, wenn es mich persönlich betrifft.“

Nicht nur die Bürokratie ist ein Problem. Sondern auch Kostendruck und Sparzwang. Denn die Krankenkassen hatten langfristige Verträge für den Dreifach-Impfstoff abgeschlossen, um Geld zu sparen. Und aus denen kamen sie nicht so einfach raus.

Hinweis: Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt und darf nur für den privaten Gebrauch des Empfängers verwendet werden. Jede Verwertung ohne Zustimmung des Urheberberechtigten ist unzulässig.



Ist es für die AOK wirklich billiger, wenn ihre Patienten krank werden, gar Krankenhaus landen?

Reporter: „Wie erklären Sie ihren Patienten, dass sie Verlierer in einer Zwei-Klassen-Medizin sind?“

Kai Behrens, Sprecher AOK-Bundesverband

„Wir sehen da kein Zwei-Klassen-Medizin-Problem. Die AOK-Versicherten, die gestern schon die Vierfach Impfstoff haben wollten, ihn verlangt haben, und wo der Arzt gesagt, das ist medizinisch sinnvoll, die haben ihn auch bekommen. Da wurden die Kosten des Vierfach-Impfstoffs auch immer erstattet von den AOKs.“

Aber medizinisch sinnvoll – heißt nur in Einzelfällen – etwa bei schweren Lungenerkrankungen. Bei normalen Patienten musste Lorenz dreifach impfen.

Klaus Lorenz, Allgemeinmediziner

Ich ärgere mich schon darüber, dass die Kassen bewusst einen schlechteren Schutz meiner Patienten in Kauf nehmen. Rein aus finanziellen Gründen.

Das ist angeblich alles Vergangenheit. Behörden und Kassen versprechen, im nächsten Winter wird alles besser. Aber ist das wirklich so?

Wir überprüfen das. Ja, theoretisch hat jetzt jeder Patient ein Anrecht auf den Vierfachimpfstoff. Aber manche Kassen haben die Preise so tief angesetzt, dass nur ein Hersteller überhaupt dafür liefern kann. Das heißt: Patienten sind dann von diesem Hersteller abhängig. Bekommt er Produktionsprobleme, kann der Impfstoff fehlen. Das war zuletzt 2012 so.

Tino Sorge ist Parteikollege von Gesundheitsminister Jens Spahn. Er glaubt, dass die Kassen ein zu hohes Risiko gehen.

Tino Sorge, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages/Bundestagsabgeordneter

„Wenn dann Kassen, gezielt um bestimmte Dinge optimieren, um ein paar Euro einzusparen, Lieferengpässe in Kauf nehmen, ist das einfach skandalös.“

Besonders pikant: Eigentlich wollte die Bundesregierung per Gesetz verhindern, dass sich Kassen von einem Hersteller abhängig machen. Schon im Mai 2017 schreibt die Bundesregierung vom „Wegfall der Exklusivität“.

Hinweis: Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt und darf nur für den privaten Gebrauch des Empfängers verwendet werden. Jede Verwertung ohne Zustimmung des Urheberberechtigten ist unzulässig.



Aber das Gesetz greift offenbar nicht. Die Krankenkassen nutzen laut Kritiker Schlupflöcher. Für sie ist es nach wie vor billiger, mit nur einem Hersteller zu arbeiten.

Kyrill Makoski, Fachanwalt für Medizinrecht

„Die Krankenkassen wollen das aber so lange wie möglich noch fortsetzen, um, ja, fiskalische Interessen zu bedienen.“

Reporterin: „Also Geld zu sparen?“

„Wenn Sie das so ausdrücken wollen, ja.“

Reporterin: „Auf Kosten der Patienten?“

„So würde ich das erstmal ausdrücken, ja.“

Die AOK weist die Vorwürfe zurück – Lieferengpässe entstünden nicht durch ihre Preisvereinbarungen.

Wir hätten sehr gern mit Gesundheitsminister Spahn über die ganze Misere gesprochen. Aber er wollte nicht. Schriftlich heißt es nur: „Das Bundesministerium für Gesundheit wird das Geschehen aufmerksam verfolgen.“